

N.º 8
DATA: 21/07/2008

CIRCULAR NORMATIVA

PARA: ARS, Hospitais EPE e SPA

Esta Administração tem respondido, de forma pontual, às dúvidas que foram sendo colocadas pelas várias instituições sobre a Portaria 110-A/2007 de 23 de Janeiro e o Contrato-Programa dos hospitais.

Considera-se agora oportuno sistematizar alguns dos esclarecimentos que têm sido fornecidos. Assim:

Esclarecimentos comuns à facturação no âmbito do Contrato Programa e à Tabela de preços do SNS

a) Nos hospitais utilizadores do SONHO, a regra geral é: facturação de GDH cirúrgicos de ambulatório pelo módulo cirurgia de ambulatório, facturação de GDH médicos de ambulatório pelos módulos de admissão directa, hospital de dia ou consulta. Os episódios registados no internamento, com menos de 24 horas, que resultem em GDH Médicos que apresentem preço para ambulatório e cujos procedimentos efectuados constem da lista de procedimentos do Anexo II da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro - *GDH Médicos de Ambulatório – Procedimentos Contemplados*, são facturáveis. Episódios registados no internamento, com menos de 24 horas e que resultem em GDH cirúrgicos com preço para ambulatório, não são facturáveis uma vez que existe a obrigatoriedade de registo no módulo de cirurgia de ambulatório.

Estão, contudo, contempladas algumas excepções:

- GDH 351 – *Esterilização masculina*, GDH 465 – *Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional* e GDH 466 – *Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional*, GDH Médicos cujos procedimentos facturáveis são intervenções cirúrgicas (de acordo com o conceito de intervenção cirúrgica em vigor no nosso país, aprovado pelo Conselho Superior de Estatística). Assim, criou-se a possibilidade deste GDH serem facturados pelo módulo de cirurgia de ambulatório. No caso dos GDH 465 e 466 esta possibilidade só se aplica a partir do ano 2008.

Em termos de facturação em 2008, estes GDH facturam-se como ambulatório médico, independentemente do local de registo.

- GDH 112 – *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, sem enfarte agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca ou choque*; GDH 116 – *Outras implantações de pacemaker cardíaco permanente*; GDH 117 – *Revisão de pacemaker cardíaco, excepto substituição do gerador*; GDH 118 – *Substituição do gerador de pacemaker cardíaco*; GDH 852 – *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent não eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio* e GDH 854 – *Procedimentos cardiovasculares percutâneos, com stent eluidor de fármacos, sem enfarte agudo do miocárdio*, GDH de Cardiologia, cujos procedimentos, de acordo com o conceito de intervenção cirúrgica em vigor no nosso país, não são considerados procedimentos cirúrgicos (porque não são realizados por cirurgiões mas por profissionais médicos, de especialidades médicas) mas que, em termos de classificação em GDH e da CID 9 MC são considerados como procedimentos realizados em bloco operatório, gerando um GDH cirúrgico. Estes GDH, apesar de cirúrgicos, deixaram de ter a obrigatoriedade de registo no módulo de cirurgia de ambulatório, passando a poder ser facturados como admissão directa, consulta externa ou hospital de dia.

Em termos de facturação em 2008, estes GDH facturam-se como ambulatório cirúrgico, independentemente do local de registo.

- b) Deixaram de ser facturadas as sessões de Hospital de Dia de Quimioterapia, estando prevista a sua facturação por GDH de ambulatório: i) para os tratamentos de

quimioterapia em ambulatório - GDH 410 – *Quimioterapia* e GDH 876 – *Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterápico*, ii) para a colocação de cateteres totalmente implantáveis com reservatório para quimioterapia – GDH 465 – *Continuação de cuidados, com história de doença maligna como diagnóstico adicional* e GDH 466 - *Continuação de cuidados, sem história de doença maligna como diagnóstico adicional*. Estes GDH aplicam-se a todas as situações de administração de quimioterapia e de colocação de cateteres totalmente implantáveis realizados em ambulatório, independentemente da patologia e da especialidade.

Os restantes procedimentos registados em Hospital de Dia de Quimioterapia são facturados como sessões de Outros Hospitais de Dia, no âmbito do Contrato Programa. Aos terceiros pagadores, a facturação continua a ser efectuada pela tabela de actos do Anexo III da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

c) Um episódio de tratamento de quimioterapia pode ter vários ciclos podendo estes ter várias sessões. Se ocorrer um episódio de Internamento enquanto decorre um episódio de Hospital de Dia, deve ser dada alta do Hospital de Dia não podendo existir facturação em simultâneo de Hospital de dia e Internamento.

d) O preço de ambulatório calculado para o GDH de Radioterapia inclui os custos com planeamento, tomografia, planeamento e dosimetria, apesar de poderem ser feitos em dias diferentes do tratamento de radioterapia. O registo dos procedimentos referentes ao planeamento, tomografia, planeamento, dosimetria e tratamento devem continuar a ser codificados de acordo com a tabela de actos do Anexo III à Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro. No entanto, só os tratamentos de radioterapia previstos na tabela no Anexo II da mesma Portaria dão origem a facturação por GDH.

e) O registo da produção de ambulatório a facturar por GDH requer o registo do acto médico, de acordo com a tabela do anexo III da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro. Nos hospitais que utilizem o SONHO estes códigos são associados

automaticamente ao(s) código(s) correspondente(s) da CID 9 MC. O registo do diagnóstico principal (DxP) pela CID 9 MC é obrigatório para classificação em GDH. No caso do SONHO, o integrador de GDH vai buscar o código registado de DxP para gerar o GDH respectivo.

Os Diagnósticos e Procedimentos inseridos no SONHO (em qualquer módulo), são sempre mostrados na aplicação integrador de GDH, mas nunca assumidos automaticamente. Terão sempre que ser seleccionados para a classificação em GDH.

f) No âmbito do Contrato Programa, à facturação de hemodiálise convencional e diálise peritoneal aplica-se o previsto na Circular Normativa nº 3 de 8 de Abril de 2008. A facturação a terceiros pagadores daqueles procedimentos rege-se pelo previsto no Anexo III - Tabelas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro.

g) As fórmulas para cálculo de episódios de curta duração a facturar aos subsistemas ou ao SNS encontram-se no Anexo I a este documento.

No âmbito do Contrato Programa, os episódios com permanência inferior a 24 horas classificados em GDH com preço para ambatório e os episódios com tempo de internamento superior ao limiar inferior, correspondem a um doente equivalente.

h) Por norma, a facturação conjunta (no mesmo dia) de diferentes linhas de produção, não é possível.

i) Num episódio de interrupção da gravidez (medicamentosa ou cirúrgica), não é possível a facturação paralela de um episódio de cirurgia de ambatório.

j) Para efeitos de codificação em GDH, anexa-se impresso tipo (Anexo II a esta circular), com todos os campos necessários à recolha de informação para aquele efeito.

No que respeita ao **Destino Após a Alta – Cuidados Continuados Integrados**, foram acrescentados alguns campos. De acordo com o Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que criou a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, entende-se por:

Unidade de convalescença – Artigo 13º do mencionado Decreto-Lei: (...) *uma unidade de internamento, independente, integrada num hospital de agudos ou noutra instituição, se articulada com um hospital de agudos, para prestar tratamento e supervisão clínica, continuada e intensiva, e para cuidados clínicos de reabilitação, na sequência de internamento hospitalar originado por situação clínica aguda, recorrência ou descompensação de processo crónico (...) destina-se a internamentos com previsibilidade até 30 dias consecutivos por cada admissão (...).*

Unidade de média duração e reabilitação – Artigo 15º do mencionado Decreto-Lei: (...) *uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, articulada com o hospital de agudos para a prestação de cuidados clínicos, de reabilitação e de apoio psicossocial, por situação clínica decorrente de recuperação de um processo agudo ou descompensação de processo patológico crónico, a pessoas com perda transitória de autonomia potencialmente recuperável (...) período de internamento na (...) tem uma previsibilidade superior a 30 e inferior a 90 dias consecutivos, por cada admissão (...).*

Unidade de longa duração e manutenção – Artigo 17º do mencionado Decreto-Lei: (...) *uma unidade de internamento, de carácter temporário ou permanente, com espaço físico próprio, para prestar apoio social e cuidados de saúde de manutenção a pessoas com doenças ou processos crónicos, com diferentes níveis de dependência e que não reúnam condições para serem cuidadas no domicílio (...) tem por finalidade proporcionar cuidados que previnam e retardem o agravamento da situação de dependência, favorecendo o conforto e a qualidade de vida, por um período de internamento superior a 90 dias consecutivos (...).*

Unidade de cuidados paliativos – Artigo 19º do mencionado Decreto-Lei: (...) *uma unidade de internamento, com espaço físico próprio, preferentemente localizada num hospital, para acompanhamento, tratamento e supervisão clínica a doentes em situação clínica complexa e de sofrimento, decorrentes de doença severa e ou avançada, incurável e progressiva, nos termos do consignado no Programa Nacional de Cuidados Paliativos do Plano Nacional de Saúde (...).*

No âmbito do Artigo 34º, n.º 4 do Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de Junho, que prevê a possibilidade de diferenciação das Unidades da RNCCI, foi proposta a criação de **Unidades de Convalescença de AVC**, sedeadas no Hospital do Espírito Santo de Évora, E.P.E., enquanto experiência piloto.

Estas unidades estão orientadas para o restabelecimento das funções, actividades ou capacidade alteradas em consequência de processos patológicos prévios (médicos, cirúrgicos ou traumatológicos). O seu objectivo principal é a recuperação da independência funcional.

Esclarecimentos referentes à facturação no âmbito da Tabela do SNS

a) Nos termos da Portaria nº 110-A/2007, de 23 de Janeiro, artigo 3º, alínea b) a Consulta médica é definida como “acto de assistência prestado por um médico a um indivíduo, podendo consistir em observação clínica, diagnóstico, prescrição terapêutica, aconselhamento ou verificação da evolução do seu estado de saúde”. O preço previsto na referida Portaria apenas se aplica às consultas médicas. Assim, considera-se que as consultas de Nutrição, Psicologia e outras efectuadas por profissionais de saúde não médicos não podem ser objecto de facturação nem de aplicação de taxas moderadoras.

b) A consulta sem a presença do doente pressupõe um pedido do doente ou uma proposta pela instituição que o doente aceita. Trata-se de permitir a utilização de novas tecnologias como alternativa à presença do doente no consultório mas tudo o mais se mantém, designadamente o conhecimento do doente e o seu interesse em ser consultado.

c) A facturação dos actos assinalados com (a) na Tabela de Serviços e Técnicas Gerais do Anexo III - Tabelas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro, só é possível se não forem parte integrante de outro exame ou tratamento facturado, acrescentando o custo do produto administrado.

Os actos da mesma tabela de Serviços e Técnicas Gerais assinalados com (b) apenas podem ser facturados se realizados isoladamente, ou seja não podem ser facturados em simultâneo com a prestação de outros cuidados de saúde: consulta, urgência, serviço domiciliário, hospital de dia ou outro MCDT.

d) A administração de medicamentos referentes a terapêutica com anticorpos monoclonais e inibidores de sinase é facturada conforme exposto no ponto 3 do Anexo III - Tabelas de Meios Complementares de Diagnóstico e Terapêutica da Portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro, facturando-se o acto 99350 – Administração de hemoderivados ou outros fármacos em perfusão, da Tabela de Serviços e Técnicas Gerais do mesmo Anexo, acrescido do custo do fármaco.

Aplicam-se à administração de quimioterapia o GDH 410 – *Quimioterapia*, ou o GDH 876 - *Quimioterapia com leucemia aguda como diagnóstico adicional ou com uso de alta dose de agente quimioterápico*.

Não pode contudo existir facturação simultânea de GDH com o acto de administração de hemoderivados, mesmo que na mesma sessão se verifique a administração de quimioterapia e de hemoderivados.

O Presidente do Conselho Directivo



(Manuel Teixeira)

ANEXO I

Formulas de cálculo de facturação de episódios de curta duração

Episódios de curta duração - Facturação ao SNS

Cálculo de doentes equivalentes

GDH com Preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{Peso ambulatório} + \frac{(1 - \text{peso ambulatório}) * Ti}{Li + 1}$$

Exemplo

Doente admitido às 9 horas de dia 1 de Fevereiro de 2007, com alta às 11 horas de dia 11 de Fevereiro 2007.

GDH 803

Transplante de medula óssea alogénico

Limiar inferior	10
Preço	53.132,21 €
Preço em Ambulatório	25.834,11 €
Diária de Internamento	2.481,65 €
Preço 1º dia de internamento	-
Tempo de Internamento	10

Cálculo:

$$\begin{aligned} & 0,4862 + \frac{1 - 0,4862}{11} * 10 \\ = & 0,4862 + \frac{0,5138}{11} * 10 \\ = & 0,4862 + 0,0467 * 10 \\ = & 0,4862 + 0,4671 \\ = & 0,9533 \end{aligned}$$

GDH Cirúrgico sem Preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \text{Peso 1º dia} + \frac{(1 - \text{peso 1º dia}) * (Ti-1)}{Li}$$

Exemplo

Doente admitido às 9 horas de dia 1 de Fevereiro de 2007, com alta às 11 horas de dia 8 de Fevereiro 2007.

GDH 103

Transplante cardíaco

Limiar inferior	7
Preço	52.130,14 €
Preço em Ambulatório	- €
Diária de Internamento	3.485,27 €
Preço 1º dia de internamento	27.733,23 €
Tempo de Internamento	7

Cálculo:

$$\begin{aligned} & 0,5320 + \frac{1 - 0,5320}{7} * 6 \\ = & 0,5320 + \frac{0,4680}{7} * 6 \\ = & 0,5320 + 0,0669 * 6 \\ = & 0,5320 + 0,4011 \\ = & 0,9331 \end{aligned}$$

Episódios de curta duração - Facturação ao SNS

Cálculo de doentes equivalentes

GDH Médico sem Preço para ambulatório

$$\text{Doente equivalente} = \frac{1}{Li+1} * Ti$$

Exemplo

Doente admitido às 9 horas de dia 1 de Fevereiro de 2007, com alta às 11 horas de dia 4 de Fevereiro 2007.

GDH 9

Perturbações e lesões traumáticas raquidianas

Limiar inferior	3
Preço	2.383,61 €
Preço em Ambulatório	- €
Diária de Internamento	595,90 €
Preço 1º dia de internamento	-
Tempo de Internamento	3

Cálculo:			
	1	*	3
	4		
=	0,2500	*	3
=	0,7500		

Sendo:

Li = Limiar inferior do GDHi (Coluna J do Anexo II da portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro)

Ti = Tempo de internamento

Peso ambulatorio = Preço de Ambulatório (Coluna G do Anexo II da portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro)/Preço de internamento (Coluna E do Anexo II da portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro)

Peso 1º dia = Preço do 1º dia para GDH cirúrgicos (Coluna I do do Anexo II da portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro)/Preço de internamento (Coluna E do do Anexo II da portaria nº 110-A/2007 de 23 de Janeiro)

Nota:

- No caso de doentes transferidos por inexistência de recursos, o valor a facturar não pode exceder 0,5 doente equivalente
- Para efeitos de facturação, os doentes com permanência inferior a 24 horas, com saída contra parecer médico ou por óbito, em GDH sem preço para ambulatório, são equiparados a doente internado, com Ti (tempo de internamento) igual a um dia.

Episódios de curta duração - Facturação a Sub-sistemas

GDH com Preço para ambulatório

Preço em Ambulatório + (Diária de internamento * Tempo de internamento)

Exemplo

Doente admitido às 9 horas de dia 1 de Fevereiro de 2007, com alta às 11 horas de dia 11 de Fevereiro 2007.

GDH 803

Transplante de medula óssea alogénico

Limiar inferior	10
Preço	53.132,21 €
Preço em Ambulatório	25.834,11 €
Diária de Internamento	2.481,65 €
Preço 1º dia de internamento	-
Tempo de internamento	10

Cálculo:

$$\begin{aligned} & 25.834,11 \text{ €} + (2.481,65 \text{ €} * 10) \\ & = 25.834,11 \text{ €} + 24.816,46 \text{ €} \\ & = 50.650,57 \text{ €} \end{aligned}$$

GDH Cirúrgico sem Preço para ambulatório

Preço 1º dia de internamento + (Diária de internamento *(Tempo de internamento -1º dia cirurgico))

Exemplo

Doente admitido às 9 horas de dia 1 de Fevereiro de 2007, com alta às 11 horas de dia 8 de Fevereiro 2007.

GDH 103

Transplante cardíaco

Limiar inferior	7
Preço	52.130,14 €
Preço em Ambulatório	- €
Diária de Internamento	3.485,27 €
Preço 1º dia de internamento	27.733,23 €
Tempo de internamento	7

Cálculo:

$$\begin{aligned} & 27.733,23 \text{ €} + (3.485,27 \text{ €} * 6) \\ & = 27.733,23 \text{ €} + 20.911,63 \text{ €} \\ & = 48.644,86 \text{ €} \end{aligned}$$

Episódios de curta duração - Facturação a Sub-sistemas

GDH Médico sem Preço para ambulatório

Diária de internamento * Tempo de internamento

Exemplo

Doente admitido às 9 horas de dia 1 de Fevereiro de 2007, com alta às 11 horas de dia 4 de Fevereiro 2007.

GDH 9

Perturbações e lesões traumáticas raquidianas

Limiar inferior	3
Preço	2.383,61 €
Preço em Ambulatório	- €
Diária de Internamento	595,90 €
Preço 1º dia de internamento	-
Tempo de internamento	3

Cálculo:

595,90 € * 3

= 1.787,70 €

Nota:

- No caso de doentes transferidos por inexistência de recursos, o preço a facturar não pode exceder 50% do preço do respectivo GDH.
- Para efeitos de facturação, os doentes com permanência inferior a 24 horas, com saída contra parecer médico ou por óbito, em GDH sem preço para ambulatório, são equiparados a doente internado, com Ti (tempo de internamento) igual a um dia.

ANEXO II

Folhas de codificação



Ministério da Saúde

Unidade Funcional de Financiamento e Contratualização

Administração Central



do Sistema de Saúde

**FOLHA DE CODIFICAÇÃO
INTERNAMENTO**

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

- | | |
|--------------------------------------|---|
| 1. Nome _____ | 3. N° de Utente _____ |
| 2. N° do processo clínico _____ | |
| 4. N° do episódio _____ | 5. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| 6. Data de Nascimento _____ | 7. E.F.R. _____ |
| 8. N° de Beneficiário _____ | |
| 9. Distrito/Concelho/Freguesia _____ | |

10 NATUREZA DA ADMISSÃO

10.1 TRANSFERIDO DE: _____

10.2 ☐ ADMISSÃO PROGRAMADA10.2 ☐ ADMISSÃO NÃO PROGRAMADA**11 EPISÓDIOS CIRÚRGICOS**

11.1 Data da 1ª intervenção cirúrgica: _____

12 TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS

12.1 1º SERVIÇO _____ Cód: _____

12.1.1 Data de Admissão _____ Hora _____

12.1.3 Data de Alta _____ Hora _____

12.2 2º SERVIÇO _____ Cód: _____

12.2.1 Data de Admissão _____

12.2.2 Data de Alta _____

12 TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS

12.3 3º SERVIÇO _____ Cód: _____

12.3.1 Data de Admissão _____

12.3.2 Data de Alta _____

12.4 4º SERVIÇO _____ Cód: _____

12.4.1 Data de Admissão _____

12.4.2 Data de Alta _____

12 TRANSFERÊNCIAS ENTRE SERVIÇOS

12.5 5º SERVIÇO _____ Cód: _____

12.5.1 Data de Admissão _____

12.5.2 Data de Alta _____

12.6 ÚLTIMO SERVIÇO _____ Cód: _____

12.6.1 Data de Admissão _____

12.6.2 Data de Alta _____ Hora _____

13 DESTINO APÓS A ALTA

13.1 PARA O DOMICÍLIO

13.1.1 ☐ Hospital de Dia13.1.2 ☐ Consulta Externa do Hospital13.1.3 ☐ Consulta Externa de Outro Hospital13.1.4 ☐ Centro de Saúde / Médico de Família13.1.5 ☐ Serviço Domiciliário13.1.6 ☐ Sem Outra Especificação13.2 ☐ SAÍDO CONTRA PARECER MÉDICO13.3 ☐ FALECIDO

13.4 PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO

13.4.1 ☐ Hospital do S.N.S.13.4.2 ☐ Centro de Saúde13.4.3 ☐ Outro Hospital

13.4.4 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS

13.4.4.1 ☐ Unidade de convalescença13.4.4.2 ☐ Unidade de média duração e reabilitação13.4.4.3 ☐ Unidade de longa duração e manutenção13.4.4.4 ☐ Unidade de cuidados paliativos13.4.4.5 ☐ Unidade de AVC

13.5 TRANSFERIDO PARA: _____

13.6 MOTIVO: _____

13.6.1 ☐ Para seguimento13.6.2 ☐ Por falta de recursos**14 RECÉM NASCIDOS**

14.1 Peso à nascença (gramas) _____

14.2 Semanas de gestação _____

15 OUTRAS INFORMAÇÕES

15.1 N° de dias em Cuidados Intensivos _____

15.2 N° de dias em Cuidados Intermédios _____

15.3 N° de dias em ventilação mecânica invasiva _____

15.4 Infecções nosocomiais ☐15.5 Antibioterapia: Terapêutica ☐Profiláctica ☐15.6 Bilateralidade ☐15.7 Simultaneidade ☐

16 DIAGNÓSTICOS		17 CAUSA EXTERNA	
16.1	P	17.1	
16.2		17.2	
16.3		17.3	
16.4		17.4	
16.5		17.5	
16.6		17.6	
16.7		17.7	
16.8		17.8	
16.9		17.9	
16.10		17.10	
16.11		17.11	
16.12		17.12	
16.13		17.13	
16.14		17.14	
16.15		17.15	
16.16		17.16	
16.17		17.17	
16.18		17.18	
16.19		17.19	
16.20		17.20	

18 PROCEDIMENTOS	
18.1	
18.2	
18.3	
18.4	
18.5	
18.6	
18.7	
18.8	
18.9	
18.10	
18.11	
18.12	
18.13	
18.14	
18.15	
18.16	
18.17	
18.18	
18.19	
18.20	

19 MORFOLOGIA TUMORAL	
—	
—	
—	

20 Resultado do episódio de internamento	
21 MÉDICO CODIFICADOR	Nº Ordem dos Médicos
22 OPERADOR	Nº Mecanográfico
23 DATA	

Unidade Funcional de Financiamento e Contratualização

FOLHA DE CODIFICAÇÃO AMBULATÓRIO

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE (quando possível, substituir por vinheta contendo a informação correspondente)

1. Nome		
2. Nº do processo clínico		3. Nº de Utente
4. Nº do episódio		5. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
6. Data de Nascimento		7. E.F.R.
8. Nº de Beneficiário		
9. Distrito/Concelho/Freguesia		

10. MÓDULO HDI ☐ MCDT ☐ C. AMB ☐

11. SERVIÇO

11.1. SERVIÇO	CÓD:	11.1.4 Nº de Sessões
11.1.2 Data de Admissão	Hora	
11.1.3 Data de Alta	Hora	

12. DESTINO APÓS A ALTA

12.1 PARA O DOMICÍLIO	13.4.4 CUIDADOS CONTINUADOS INTEGRADOS
12.1.1 Hospital de Dia	13.4.4.1 Unidade de convalescença
12.1.2 Consulta Externa do Hospital	13.4.4.2 Unidade de média duração e reabilitação
12.1.3 Consulta Externa de Outro Hospital	13.4.4.3 Unidade de longa duração e manutenção
12.1.4 Centro de Saúde / Médico de Família	13.4.4.4 Unidade de cuidados paliativos
12.1.5 Serviço Domiciliário	13.4.4.5 Unidade de AVC
12.1.6 Sem Outra Especificação	
12.2 SAÍDO CONTRA PARECER MÉDICO	13.5 TRANSFERIDO PARA:
12.3 FALECIDO	13.6 MOTIVO:
12.4 PARA OUTRA INSTITUIÇÃO COM INTERNAMENTO	13.6.1 Para seguimento
12.4.1 Hospital do S.N.S.	13.6.2 Por falta de recursos
12.4.2 Centro de Saúde	
12.4.3 Outro Hospital	

13. OUTRAS INFORMAÇÕES

13.1 Bilateralidade	<input type="checkbox"/>
13.2 Simultaneidade	<input type="checkbox"/>

14. DIAGNÓSTICOS

14.1	P
14.2	
14.3	
14.4	
14.5	
14.6	
14.7	
14.8	
14.9	
14.10	

15. CAUSA EXTERNA

15.1	
15.2	
15.3	
15.4	
15.5	
15.6	
15.7	
15.8	
15.9	
15.10	

16. PROCEDIMENTOS

16.1	
16.2	
16.3	
16.4	
16.5	
16.6	
16.7	
16.8	
16.9	
16.10	
16.11	

16 PROCEDIMENTOS	
16.12	
16.13	
16.14	
16.15	
16.16	
16.17	
16.18	

17 PROCEDIMENTOS DE DIAGNOSTICO E TERAPEUTICA			
Código	Designação	Código	Designação
37.21	Cateterismo coração direito <input type="checkbox"/>	88.52	Angiocardiografia coração direito <input type="checkbox"/>
37.22	Cateterismo coração esquerdo <input type="checkbox"/>	88.53	Angiocardiografia coração esquerdo <input type="checkbox"/>
37.23	Cateterismo coração direito e esquerdo <input type="checkbox"/>	88.54	Angiocardiografia coração direito e esquerdo <input type="checkbox"/>
39.95	Hemodiálise <input type="checkbox"/>	88.55	Coronariografia com catéter único <input type="checkbox"/>
42.81	Inserção de tubo permanente no esófago <input type="checkbox"/>	88.56	Coronariografia com duplo catéter <input type="checkbox"/>
43.11	Gastrostomia percutânea (PEG) <input type="checkbox"/>	88.57	Coronariografia não especificada <input type="checkbox"/>
46.32	Jejunostomia percutânea (PEJ) <input type="checkbox"/>	89.17	Polissonograma <input type="checkbox"/>
51.87	Inserção endoscópica de prótese no canal biliar <input type="checkbox"/>	89.18	Testes para alterações da função do sono NCOP <input type="checkbox"/>
51.88	Remoção endoscópica de cálculos do canal biliar <input type="checkbox"/>	92.21	Radiação superficial <input type="checkbox"/>
51.96	Extracção percutânea de cálculos do canal comum <input type="checkbox"/>	92.22	Radiação de ortovoltagem <input type="checkbox"/>
51.98	Outros procedimentos percutâneos no tracto biliar NCOP <input type="checkbox"/>	92.23	Telerradioterapia radioisotópica <input type="checkbox"/>
52.93	Inserção endoscópica de prótese no canal pancreático <input type="checkbox"/>	92.24	Telerradioterapia com uso de fótons <input type="checkbox"/>
57.0	Operação na bexiga <input type="checkbox"/>	92.25	Telerradioterapia com uso de electrões <input type="checkbox"/>
59.95	Fragmentação ultrasónica de cálculos urinários <input type="checkbox"/>	92.26	Telerradioterapia com outras partículas <input type="checkbox"/>
62.41	Remoção de ambos os testículos no mesmo tempo operatório' <input type="checkbox"/>	92.29	Procedimentos radioterapêuticos, NCOP <input type="checkbox"/>
63.70	Esterilização masculina <input type="checkbox"/>	93.90	Ventilação não invasiva por CiPAP <input type="checkbox"/>
63.71	Laqueação dos vasos deferentes <input type="checkbox"/>	93.91	Ventilação não invasiva por BiPAP <input type="checkbox"/>
63.72	Laqueação do cordão espermático <input type="checkbox"/>	96.05	Inserção de prótese traqueo-brônquica <input type="checkbox"/>
63.73	Vasectomia <input type="checkbox"/>	98.51	Litotricia extracorporal por ondas de choque de rim, ureter e/ou bexiga <input type="checkbox"/>
64.91	Incisão dorsal ou lateral no prepúcio <input type="checkbox"/>	98.52	Litotricia extracorporal por ondas de choque da vesícula biliar e/ou canais biliares <input type="checkbox"/>
86.07	Acesso vascular totalmente implantável <input type="checkbox"/>	99.25	Quimioterapia <input type="checkbox"/>

18 MORFOLOGIA TUMORAL	

19 MÉDICO CODIFICADOR	_____	Nº Ordem dos Médicos	_____
20 OPERADOR	_____	Nº Mecanográfico	_____
21 DATA	_____		